

Nasjonal helseplan (2007 – 2010) - fråsegn frå Nordfjordrådet Sandane , den 23/6-06.

Generelt:

1.Kort høyringsfrist:

Høyringsbrevet frå Helse – og omsorgsdepartementet er dagsett den 22.05.06, og kommunane mottok brevet i slutten av månaden. Når høyringsfristen er sett til den 23.06.06, vert det svært kort tid til både administrative og politiske høyringsprosessar. Politiske møte er fastsette lang tid i førevegen, og nokre kommunar har såleis ikkje fått høve til å behandle framlegget i sine politiske organ.

2.Gjennomføring av prosessar:

I høyringsbrevet var det ønske om innspel på kva prosessar som bør gjennomførast før strategiar og tiltak vert vedtektne. Det er for liten tid til å ta stilling til dette på alle fagområde i planframlegget. Det er difor rimeleg å forvente at innhaldet i fråsegnene frå høyringsinstansane kan vere grunnlag for – og påverke - kva prosessar som i det vidare vert valde.

3.Utfordringar, fellesprosjekt. Kostnader:

Planen byggjer på eit heilskapsperspektiv som omfattar førebyggjande arbeid, primærhelsetenesta, spesialisthelsetenesta og samarbeid med andre offentlege tenester. Betre styringsteknikkar skal sikre reell samhandling. IKT er eitt av dei verktya det skal satsast på for å få til ovannemnde samhandling og flyt i tiltakskjeden. Investeringar, opplæring og kompetanse vil føre til store investeringar for kommunane. Økonomiske verkemiddel for å få til ei slik satsing må kome tydelegare fram i planen.

4.Tverrfaglege satsingar:

I p. 8 vert det vist til nokre sentrale, tverrfaglege satsingar:, t.d. rusomsorg, kreftbehandling /omsorg og psykiatri. Ei ny stortingsmelding om omsorgstenester kjem i 2006.

Nasjonal helseplan skal ta utgangspunkt i pasientane og pårørande sine perspektiv, og det vert lagt stor vekt på ei kvalitetsheving av tenestene gjennom ulike verkemiddel, t.d. god leiding, rekruttering av fagkompetanse og ein betre forståing for kompetanseutvikling. Slike satsingar vil få økonomiske konsekvensar for kommunane, men det vert sagt lite i planframlegget om korleis ei kvalitetsheving skal finansierast. Slike tenester er svært personellkrevjande, og det er behov for ei styrking av kommuneøkonomien for å kunne auke omfanget og såleis sikre kvaliteten på tenestene.

5.Spesialisthelsetenesta/lokalsjukehusa

- *Fødetilbod:* Når det gjeld fødetilbodet (p. 13.3) er omgrepet ”fødestove” brukt. Det er ønske og krav om ei klarare utgriing og formulering av innhaldet i fødetilbodet ved lokalsjukehusa. I planframlegget er formuleringane for vage.
- *Akuttfunksjon:* Det same kan seiast om akuttfunksjonane (p13.4). Det må seiast noko meir konkret om innhaldet i akuttfunksjonane ved lokalsjukehusa. Akuttfunksjonen må sikrast ved at lokalsjukehusa både har ein medisinsk og

kirurgisk beredskap, som også kan ivareta beredskapsfunksjonen ved fødeavdelingane.

- *Legevakt:* Eit viktig område som må verte meir tydeleg i planen, er korleis kommunane si legevakt og lokalsjukehusa sin prehospitale beredskap og akuttberedskap kan samordnast (p. 13.4). I planframlegget står det at det er behov for samanhengande behandlingsskjeder, men ikkje nærare vurderingar av – eller framlegg om – korleis statlege styresmakter ser føre seg planlegging og gjennomføring. Det er ønskje om meir konkrete framlegg til løysingar når det gjeld dette viktige område.

6. Dei kommunale helse- og sosialtenestene

- **Medisinsk teknologisk utvikling.**

Oppgåvefordelinga mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og sosialtenestene endrar seg stadig; og det vert i dag utført mykje spesialisert arbeid i kommunane utan at ressursfordeliga har vorte endra.

Respiratorbehandling, dialysebehandling, intravenøs behandling og smertebehandling er eksempel på dette.

- **Rus-psykiatri- Re/habilitering i alle aldrar.**

Det skal satsast vidare på utvikling av tenestene til personar med psykiske lidningar, og planframlegget skisserer ei samordning av tilboda til menneske med psykiske lidningar og rusmiddelavhengige.

Dette er eit område som krev tverrfagleg kompetanse, samhandling og oppfølging både internt i kommunen og mellom nivå med andre ord ressursar til å kunne utvide det kommunale tilbodet slik nasjonale føringar legg opp til

- **Pleie-og omsorgstenestene**

Både pleie-og omsorgstenestene og legetenesta har fått større breidde i kva oppgåver dei skal takle. Auka levetid fører med seg fleire pasientar med samansette sjukdomsbilete . Demens problematikk og nevrologiske sjukdomar aukar. Diagnostisering og andre linja sitt bidrag må verte betre , samtidig som kompetansen i kommunane må betrast.

Meir fagutvikling, heving av kompetanse og meir ressursar til arbeidet med kreftpasientar, demenspasientar, pasientar med nevrologiske sjukdomar som vel å bu heime, terminale pasientar i tillegg til dei før nemde områda er viktige område å bruke **meir** ressursar på. Kommunane må og ha spesial kompetanse på ulike diagnostiske sjukdomar samtidig som dei skal vere god på generell omsorg og terminalpleie. **Grunnbemanninga er altfor låg** både på institusjon og i den opne omsorga og i rehabiliteringsarbeidet i Nordfjordkommunane. Når spesialisthelsetenesta kortar ned på liggedagar vil det verte auka press på den kommunale omsorga/rehabiliteringa. Dette gjeld både somatikk , psykiatri og rus. Pasientane MÅ vere i kommunen , der er ikkje lågare nivå å sende dei til. Ressurssituasjonen vil avgjere kva teneste vi så kan tilby.

Det er skrive mykje godt om nasjonale mål og forbetningspotensiale i tenesteutøvinga. Men skal dette gjerast så er det ikkje nok at vi seier oss hjarteleg

enige i dette ,men vi må ha moglegheit til å gjere noko med det. Det avlar mykje frustrasjon å heile tida ikkje kunne følgje opp !
Dersom kommunane skal kunne betre tilbodet til alle desse gruppene, må det knytast økonomi til. Øyremerkte midlar til psykiatritenestene må vidareførast, og midlar til rusomsorga bør knytast til denne satsinga, også økonomisk.